

	<h2 style="margin: 0;">Bradykarde HRST Reanimation</h2>	<h2 style="margin: 0;">Fall 2</h2>
<p>SSS:</p>		
<p>Szene: R2 „Unklare Vigilanzminderung, weiblich, 78 Jahre“ NA: mitalarmiert, NEF aus Salzgitter Lebenstedt Datum, Uhrzeit, Wetter wie gegeben Einsatzort: Altenpflegeheim des jeweiligen Einsatzgebiets Klinikstruktur an die lokalen Gegebenheiten des Teams angepasst</p> <p>Sicherheit: Anfahrt ohne Probleme, Einsatzstelle sicher, keine Infektionen o.Ä.</p> <p>Situation: Patientin, w., 78j., 75Kg, im Pflegebett durch Pflegekraft aufgefunden Normal gegessen, nach dem Essen ohne Auffälligkeiten aufs Zimmer begleitet. Beim Bringen der Regelmedikation Vigilanzminderung</p> <p>Ersteindruck: Patient fixiert RD nicht, Haut blass, AF erhöht → kritisch</p>		
<p>Initialbeurteilung:</p>		
A	frei, kein ANG	
B	AF 24/min, SpO ₂ 93 % (schlechte Perfusion), normales AG	
C	Puls radial schwach tastbar, rhythmisch, bradykard (HF: 28/min), Haut kühl, feucht und blass, Rekap > 2 Sekunden	
D	GCS 3, Pupillen o.p.B.	
E	Leichte Beinödeme	
<p>Verlauf des Einsatzes: Während der Vorbereitung auf Pacer Therapie → P-Wellen-Asystolie</p>		
<p>Weiterer Verlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Option 1: Pacer wird direkt angeschlossen → erstmal keine Kopplung → Start CPR • Option 2: Start der Reanimation und späterer Anschluss Pacer Vorbereitung Pacer • Reanimationsindikation gegeben, Reanimation verläuft ohne Probleme • Im Verlauf der Reanimation bei Anschluss Pacer Kopplung bei ca. 90 mA und ROSC <p><u>ROSC:</u> HF auf Pacer-Frequenz (ca. 70/min), Sättigung steigt auf 95 %, RR bei 100/60 mmHg</p>		
<p>Vitalwerte, Anamnese, körperliche Untersuchung:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • HF/Puls: 28/min • SpO₂: 93% (schlechte Perfusion) • etCO₂: 35 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • RR: 80/40 mmHg • BZ & Temp. 85 mg/dl & 37,0 °C • EKG: AV Block 3.° 	
<p>Symptome: Bradykardie HRST</p>	<p>Patientengeschichte: KHK; MI 2017; Art. Hypertonus</p>	
<p>Allergien: keine</p>	<p>Letzte Mahlzeit: Gefrühstückt, 07:00 Uhr (Brei)</p>	
<p>Medikamente: ASS, Ramipril</p>	<p>Ereignis: unbeobachtet</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ohne neue Erkenntnis 		

Schwerpunkte/Erwartete Maßnahmen:Initialphase:

- WASB (Ansprechen, Anfassen, Schmerzreiz)
- Standardisierte Erstuntersuchung nach ABCDE-Schema + Basismaßnahmen
 - Bei WASB < S **Absaugbereitschaft** herstellen
 - Kritischer Zustand → **Sauerstoffgabe** (15 Liter)
 - A: Atemweg frei? → Frei
 - B: Atmung vorhanden? **Ja**
 - C: (Feststellen niedrige HF) → Problem → **Zugang**, ggf. **ALS-Bereitschaft**
 - D + E → dann kritischen Zustand kommunizieren
- NA-Nachforderung erwägen
- Schnellstmögliche EKG-Analyse und Ausschluss anderer Ursachen:
 - Bradykarde Herzrhythmusstörung?
 - Hypoxie, Intoxikation, Hypothermie etc. ausgeschlossen?
- Einstieg Versorgungspfad **lebensbedrohliche Bradykardie**
 - Lebensgefahr? → Ja, Instabilitätszeichen gegeben
 - Bewusstlosigkeit → Ja, Entscheidung Pacer-Therapie
 - Falländerung: **P-Wellen-Asystolie**
 - Indikation Pacer: Bradykardie + Lebensgefahr + zentraler Puls vorhanden?
→ Nein, kein zentraler Puls mehr! → **Start Reanimation!**
 - *Erwäge Pacer direkt zu starten vor Thoraxkompressionen, im Fall erstmal keine Kopplung → Reanimation → Ziel: erneuter Versuch bzw. Kopplung zu späterem Zeitpunkt*
- Pacer-Therapie:
 - Patches + 6-Kanal-EKG, Frequenz 70/min, Stromstärke zügig steigern
 - Solange keine Kopplung besteht = HKS und damit Reanimationsindikation, Reanimationsmaßnahmen sind **prioritär** → Minimierung Handoff-Zeiten
 - Empfohlene Umsetzung laut ERC 2025: unter Reanimation steigern, in Beatmungspause Kopplung prüfen, wenn keine Kopplung sofort weiterdrücken und Stromstärke anpassen

Herzkreislaufstillstand:

- Erkennen des Herzkreislaufstillstandes → keine Atmung/ kein zentraler Puls
- Sofortiger Beginn der Thoraxkompressionen (Tiefe, Frequenz, Entlastung, Handoff-Zeiten)
- Beatmung mit 100 % Sauerstoff über Demandventil
- Schnellstmögliche Analyse → keine Defibrillation, Erkennen P-Wellen-Asystolie
- Regelmäßiger Helferwechsel und Analyse alle 2 Minuten
- Atemwegssicherung mit EGA inklusive Cuffdruck, Kapnographie und Magensonde
- Zugangsweg primär peripher venöser Zugang → klappt
- Medikation (nicht-defibrillierbar):
 - 1 mg Adrenalin so schnell wie möglich (danach alle 3-5 Minuten)
- Spätestens im Verlauf Pacer-Therapie (siehe oben) anwenden
- Ursachensuche nach 4H und HITS, Einbeziehen Ereignis Untersuchungsergebnisse
- Abwägung eines Transports

Quelle: BS/WF/GF/WOB-Algorithmus „CPR“, Versorgungspfad Lebensbedrohliche Bradykardie, Medikamente NUN-Liste der Notfallsanitäterschule